



ORIGINAL

Reclamaciones por presunta negligencia relacionadas con endoscopia digestiva. Análisis de una casuística de 22 años

Miquel Bruguera*, Mercè Viger, Roger Bruguera, Josep Benet y Josep Arimany

Unitat d'Estudis Acadèmics, Col·legi de Metges de Barcelona, Servei de Responsabilitat Professional, Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, Barcelona, España

Recibido el 22 de noviembre de 2010; aceptado el 27 de noviembre de 2010

Disponible en Internet el 4 de marzo de 2011

PALABRAS CLAVE

Endoscopia digestiva;
Negligencia;
Perforación colónica;
Pancreatitis

Resumen Se han revisado los expedientes de los casos de reclamación por presunta negligencia en endoscopia digestiva presentados al Servicio de Responsabilidad Profesional (SRP) del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña desde 1987 a 2009, para determinar con qué frecuencia hubo errores o deficiencias en la práctica y cuál fue el resultado de la reclamación en función de que hubiera habido o no negligencia.

En total hubo 66 reclamaciones, 46 (70%) después de una colonoscopia, 12 (18%) de una colangiografía retrógrada y 8 (12%) de una gastroscopia. En 18 (27%) casos se consideró que probablemente hubo negligencia, por falta de consentimiento informado en 4, demora en la atención de la complicación en 6, deficiencias en la sedación en 5, error diagnóstico en 2 y práctica deficiente en uno, que justificarían la reclamación. De los 48 casos sin negligencia, en uno hubo condena y en 6 un acuerdo extrajudicial en relación a los daños desproporcionados y permanentes que experimentaron los pacientes.

Hubo un acuerdo extrajudicial con el reclamante en 19 (28,7%) ocasiones, y juicio civil o penal en 39 (59%), que finalizó en sentencia condenatoria solo en el 10% de los casos. En 8 (15,3%) casos el reclamante desistió de su reclamación después de la respuesta del SRP.

Se ha puesto, además, en evidencia un incremento progresivo del número de reclamaciones a lo largo del tiempo de estudio, así como un mayor número de reclamaciones en clínicas privadas que en hospitales públicos, y que las reclamaciones de los endoscopistas reincidentes experimentaron condena o requirieron acuerdo extrajudicial con frecuencia mayor que los que solo tuvieron una reclamación (100 frente a 28%).

El análisis de las reclamaciones por presunta negligencia es una medida útil porque demuestra que existe la posibilidad de introducir elementos de mejora de la seguridad del paciente y la reducción del número de reclamaciones.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: bruguera@clinic.ub.es (M. Bruguera).

KEYWORDS

Gastrointestinal endoscopy;
Malpractice;
Colonic perforation;
Pancreatitis

Alleged malpractice claims related to gastrointestinal endoscopy. Analysis of casuistics over 22 years

Abstract We reviewed the records of patients filing alleged malpractice claims related to gastrointestinal endoscopy to the Professional Responsibility Section of the Medical Council of Catalonia from 1987 to 2009 to determine the frequency of medical errors or substandard care in the practice of this procedure and the result of complaints according to whether malpractice might have been involved or not.

There were a total of 66 complaints, 46 (70%) after colonoscopy, 12 (18%) after endoscopic retrograde cholangiography and eight (12%) after gastroscopy. In 18 (27%) cases, we considered malpractice to have been probable, due to lack of informed consent in four, delayed treatment of complications in six, substandard sedation in five, misdiagnosis in two and substandard practice in one, which would justify the complaints. Of the 48 cases we considered not to have involved malpractice, a guilty verdict was secured in one and an out-of-court settlement was reached in six with regard to the disproportionate and permanent harm experienced by the patients. Among the 66 claims, an out-of-court settlement was reached with the complainant on 19 occasions (28.7%) and a civil or penal trial was held in 39 (59%), resulting in a guilty verdict in only 10% of cases. In eight cases (15.3%), the complainant took no further action after receiving the response of the Professional Responsibility Section. The number of complaints progressively increased over the study period. There were a greater number of complaints in private clinics than in public hospitals. Endoscopists with more than one complaint were more frequently found guilty or reached an out-of-court settlement than those with only one complaint against them (100% versus 28%).

Analysis of complaints of alleged malpractice is useful to identify areas requiring improved patients safety and to reduce the number of these complaints.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El número de reclamaciones a médicos por presunta negligencia aumenta en todos los países occidentales y en el Japón^{1,2}. Las demandas judiciales son más frecuentes en los países donde existe una extensa práctica privada de la medicina³, pero van aumentando en frecuencia en los países con un sistema sanitario público que da una cobertura universal.

Las especialidades en que se efectúan procedimientos invasivos, tanto diagnósticos como terapéuticos, son las que tienen las tasas más altas de reclamaciones, por la más que posible aparición de accidentes y complicaciones. Por esto las especialidades quirúrgicas son las que presentan mayor número de reclamaciones.

Las endoscopias digestivas también pueden asociarse a complicaciones, que pueden poner la vida o la integridad física del paciente en peligro. En los últimos años han aparecido diversas publicaciones que analizan las causas de las demandas a gastroenterólogos por enfermedad aparecida durante o después de exploraciones endoscópicas⁴⁻⁶.

Algunas de estas reclamaciones pueden comportar un proceso judicial y el pago de indemnizaciones a los enfermos o a sus familiares por los daños causados. El conocimiento de las causas de las reclamaciones y de las razones que pueden haber influido en el resultado del procedimiento judicial es importante para efectuar recomendaciones orientadas a reducirlas. Por otra parte, es importante que los médicos sean conscientes individualmente de los riesgos de su actividad profesional y de las medidas necesarias para reducir el número de reclamaciones.

Hay poca información disponible acerca de cuál es la situación en España con relación a este aspecto y por ello se han revisado todos los casos de reclamación por negligencia en actos relacionados con la endoscopia digestiva gestionados por el Servicio de Responsabilidad Profesional del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña (CCMC), muchos de los cuales acabaron en un proceso judicial. La intención de los autores ha sido determinar en cuántos de estos casos se puede considerar que pudo haber un error médico y examinar los factores asociados a sentencias judiciales condenatorias o que determinaron que se llegara a un acuerdo extrajudicial con los reclamantes.

Material y método

Se ha examinado la documentación de los casos de reclamación por negligencia en procedimientos de endoscopia digestiva, presentados entre 1987 y 2009. El CCMC tiene una póliza de seguro voluntario y colectivo de responsabilidad civil que gestiona un servicio *ad hoc*, del propio Consejo, denominado Servicio de Responsabilidad Profesional (RP), compuesto por abogados especializados en derecho sanitario, médicos asistenciales y médicos especialistas en medicina legal y forense. Están suscritos en esta póliza el 70% de los médicos que ejercen en Cataluña, lo que representa la casi totalidad de los médicos que efectúan procedimientos invasivos.

Los casos denunciados se han clasificado de acuerdo con el resultado final en 3 categorías: a) casos en que la Comisión de seguimiento de RP consideró en función de los informes

periciales que debía alcanzarse un acuerdo extrajudicial con la parte demandante; *b*) reclamaciones judiciales en que se consideró que no había culpabilidad del médico y se decidió ir a juicio con el soporte jurídico de abogados del propio CCMC, y *c*) reclamaciones extrajudiciales en que se responde a los reclamantes con argumentos en contra de la presencia de responsabilidad del médico o médicos a quienes se reclama, muchos de los cuales desisten de su pretensión, aunque en algunos se acaba en un procedimiento judicial.

Se han examinado separadamente las reclamaciones por complicaciones de la colonoscopia, de la gastroscopia y de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), para determinar el tipo de complicación surgida después de cada procedimiento y los factores asociados a su presentación.

Después de la revisión de los expedientes se ha considerado retrospectivamente que hubo negligencia cuando se dio alguno de los siguientes supuestos: *a*) no se dio suficiente información sobre el procedimiento que se iba a efectuar, a la vista de la ausencia de documento de consentimiento informado (CI) en la historia clínica del paciente o de la existencia de un documento muy genérico; *b*) hubo un error en la indicación del procedimiento; *c*) no hubo un seguimiento cuidadoso después de la exploración que permitiera detectar precozmente una complicación; *d*) hubo un error de diagnóstico, y *e*) hubo error en la premedicación o una insuficiente vigilancia de sus efectos.

Se han comparado los casos en que los autores interpretaron que hubo negligencia con aquellos en los que no la hubo, para determinar en cuántos casos de cada uno de los 2 grupos se había establecido un acuerdo extrajudicial y, cuando hubo juicio, en cuántos casos hubo condena o sentencia absoluta o archivo.

Resultados

En total se han identificado 66 reclamaciones por complicaciones o errores relacionados con procedimientos de endoscopia digestiva, 8 (12%) por gastroscopia, 46 (70%) por colonoscopia y 12 (18%) por CPRE. En la [tabla 1](#) se detallan las complicaciones y deficiencias que fueron motivo de la reclamación en cada uno de los procedimientos y el número de pacientes fallecidos por cada una de las complicaciones.

En 41 (62%) ocasiones hubo un procedimiento judicial, que no está todavía concluido en 9. De los 32 finalizados se concluyó en sobreseimiento (archivo) o absolución en 29 y condena en 3. En 16 (24%) de las 66 reclamaciones hubo un acuerdo extrajudicial, y finalmente en 9 (13,6%) casos

Tabla 1 Motivos de la reclamación

Colonoscopia (n = 46)	Total	Muertos
<i>Colonoscopia (n = 46)</i>		
Perforación	36	7
Hemorragia	1	
Error de diagnóstico	1	
Problemas en la sedación	5	1
Sepsis	3	
<i>Gastroscopia (n = 8)</i>		
Perforación (esófago, yeyuno y duodeno)	4	2
Broncoaspiración	1	1
Error de diagnóstico	1	1
Disfunción de prótesis esofagogastrica	1	
Hemorragia incorregible	1	1
<i>ERCP (n = 12)</i>		
Pancreatitis	7	4
Perforación duodenal	2	2
Fístula biliar	1	
Perforación del esófago	1	
Parada cardíaca	1	

el reclamante desistió de su reclamación después de una respuesta argumentada del servicio de RP negando de modo razonado la responsabilidad del médico o médicos acusados.

Después de la revisión de los expedientes hemos interpretado que probablemente había existido negligencia en 18 (27%) casos ([tabla 2](#)). En 3 por falta de CI, en 6 por retraso en el diagnóstico de la complicación, en 2 por probable error en la dosis de la sedación, en 3 por una sepsis inducida por la contaminación de un vial multidosis de propofol, en 2 por caída de la camilla acabado el procedimiento y en 2 por un error diagnóstico.

Los casos interpretados como negligencia comportaron un acuerdo extrajudicial en 10, condena en 2, archivo o absolución en 4 y respuesta en 2, mientras que de los casos en que se consideró que no había habido negligencia hubo 25 casos de archivo o absolución, uno de condena, 6 de acuerdo extrajudicial, respuesta en 7 y pendientes 9 ([tabla 3](#)). La absolución en los 4 casos de probable negligencia se atribuyó a informes forenses favorables, que consideraban que se hizo lo adecuado en el manejo de las complicaciones de sufrió el paciente, en 3 casos y en la ausencia de daños permanentes en un caso de alergia a uno de los fármacos

Tabla 2 Tipo de negligencia

	Total	ERCP (n = 12)	Gastroscopia (n = 8)	Colonoscopia (n = 46)
Práctica deficiente	6	0	0	6
Demora en el diagnóstico de la complicación	5	1	1	3
Falta de consentimiento informado	3	0	1	3
Error diagnóstico	2	0	1	1
Otros	2	1	0	

Tabla 3 Resultados en relación a la existencia o no de negligencia

	Sí	No
Acuerdo extrajudicial	10	6
Condena	2	1
Archivo/absolución	4	25
Respuesta	2	7
Pendientes	0	9
Total	18	48

utilizados. En los casos sin negligencia el juez emitió sentencia condenatoria en un caso por daños desproporcionados y permanentes, razón que igualmente consideró la Comisión Técnica del servicio de RP del CCMC para llegar a un acuerdo extrajudicial en 6.

El examen de las circunstancias asociadas con los accidentes en los casos denunciados mostró que en una proporción relativamente elevada hubo factores que aumentaban el riesgo de aparición de alguna complicación: en 4 de las 5 reclamaciones por una perforación esofágica la gastroscopia fue efectuada para efectuar una dilatación de una estenosis esofágica. De los 12 casos de CPRE objeto de reclamación en 2 se había efectuado una papilotomía y en dos la exploración era un segundo intento después de una primera CPRE fallida. De las 46 colonoscopias objeto de reclamación, en 9 se había efectuado una polipectomía, en 4 había divertículos y 2 habían sido operados de un cáncer intestinal años antes.

Los motivos de la reclamación aducidos por el denunciante fueron habitualmente deficiencias en la práctica o falta de información sobre los riesgos del procedimiento o falta de vigilancia después de la sedación.

En total, hubo 19 fallecimientos, más de la mitad de los cuales después de una gastroscopia o una CPRE y en el 17% después de una colonoscopia (tabla 1), pero no se ha podido relacionar el resultado de muerte con el fallo judicial y/o de la decisión interna del servicio de RP del CCMC de llegar a un acuerdo extrajudicial (tabla 4).

De las 66 reclamaciones, 12 fueron presentadas después de endoscopias efectuadas en hospitales de tercer nivel, 12 en hospitales de segundo nivel, 37 en clínicas privadas y 5 en un consultorio privado. Dos endoscopistas fueron objeto de reclamación 5 veces, 3 en 3 ocasiones, 7 médicos lo fueron 2 veces y 28 una sola vez. Las restantes reclamaciones fueron dirigidas a un anestésista o a la institución. En una o en más

Tabla 4 Influencia de la mortalidad en el resultado de la reclamación

	Fallecidos (n = 19)	No fallecidos (n = 47)
Acuerdo extrajudicial	4	13
Condena	9	22
Archivo/absolución	1	2
Respuesta	1	8
Pendientes	4	2
Total	19	47

de una de las reclamaciones presentadas contra cada uno de los endoscopistas reincidentes comportó un acuerdo extrajudicial o una condena, mientras que solo 5 (18%) de las reclamaciones que tuvieron los 28 endoscopistas con una sola reclamación exigió acuerdo extrajudicial o recibió una condena con obligación de indemnización en el juicio (tabla 5).

Se comprobó una tendencia al incremento en el número de reclamaciones contra médicos catalanes en relación con algún procedimiento endoscópico a lo largo del tiempo del estudio. Durante el periodo de 1987 a 1995 hubo 9 (13,6%) reclamaciones, entre 1996 y 2003 hubo 24 (36,3%) y de 2004 a 2009 ha habido 33 (50%). Ello representa para el primer periodo una tasa de incidencia media del 1% anual, del 3% durante el segundo periodo y del 5,5% durante el tercero.

Discusión

Las reclamaciones por negligencia constituyen un motivo de preocupación creciente para los médicos, no tanto por los riesgos económicos que suponen, cubiertos por pólizas de aseguramiento de responsabilidad profesional, sino por el estrés que ocasiona estar inmerso en un proceso judicial penal o civil y por la mala imagen que pueden comportar frente a colegas. La reducción del riesgo de reclamaciones es un objetivo fundamental de las organizaciones profesionales, como son los colegios de médicos, y también las sociedades científicas, ya que es responsabilidad de estas la defensa de los intereses de sus miembros, y también lo es para la administración sanitaria y sus instituciones que deben velar por la mejor atención médica posible y la seguridad de los pacientes.

Tabla 5 Endoscopistas con una o más reclamaciones resultantes en demanda

Número de reclamaciones	Nº de médicos	Absolución o sobreseimiento	Acuerdo extrajudicial o condena	Pendiente de resolución
5(A/C n = 10)	2	3	1	1
		3	1	1
		1	2	0
3(R/A/Bn = 9)	3	1	1	1
		0	3	0
2(n = 14)	7	6	6	2
1(n = 28)	28	15	5	8
	40	29	19	13

(1) Total n = 66. Se han excluido las reclamaciones que implicaban la intervención de otros especialistas en el acto reclamado.

La reducción del número de reclamaciones puede conseguirse por 2 vías. Una consiste en disminuir los efectos adversos y las complicaciones de las actuaciones médicas y otra es eliminar aquellas conductas de los médicos que comportan mayores probabilidades de reclamación cuando aparece un efecto adverso⁷. Es bien sabido que solo son objeto de reclamación una proporción muy modesta de las complicaciones o problemas médicos derivados del diagnóstico o del tratamiento de las enfermedades⁸. El conocimiento de cuáles son los factores que impulsan a algunos ciudadanos con un problema de salud derivado de una actuación médica a formular una reclamación sería de gran utilidad para el establecimiento de políticas y de recomendaciones orientadas a cambiar las conductas de riesgo.

La endoscopia digestiva es un área de la especialidad de Gastroenterología, que por su naturaleza instrumental e invasiva no está desprovista del riesgo de complicaciones^{9,10}. Sin embargo, en este estudio en el que hemos analizado la casuística sobre reclamaciones relacionadas con la endoscopia digestiva que afectaron a médicos catalanes durante un periodo de 22 años, se observa que la siniestralidad de este procedimiento es baja, ya que los 66 casos recogidos representaron apenas el 1% de las 6.952 reclamaciones recibidas en el servicio de RP del CCMC. No podemos, sin embargo, determinar qué porcentaje de las endoscopias digestivas practicadas en Cataluña durante el periodo de estudio fue objeto de reclamación, ni tampoco de las que se siguieron de alguna complicación, pero con seguridad fue bajísimo, ya que el número de exploraciones practicadas es muy alto, y las complicaciones no son excepcionales⁹.

A pesar de todo, la incidencia media anual de reclamaciones contra médicos endoscopistas ha ido aumentando de forma progresiva en Cataluña durante el periodo de estudio, fenómeno observado en otras latitudes, como en Japón. La mayoría de las reclamaciones no han sido en realidad debidas a errores o a deficiencias en la técnica del médico, sino a la aparición de complicaciones del procedimiento aplicado. En realidad, sólo en 18 (27%) de las 66 reclamaciones se consideró por los autores que pudo haber negligencia, a pesar de lo cual el juez exoneró de responsabilidad al médico reclamado en 5 casos. De los 48 casos en que se consideró, después de la revisión de la casuística, que no hubo negligencia del médico se alcanzó un acuerdo extrajudicial en 6 y hubo condena en 1, lo que representa el 14,5% de los casos. Esta situación puede parecer paradójica, aunque el juez y la propia comisión de seguimiento del CCMC seguramente consideraron en estos casos que aunque no hubiera culpa se produjo un daño desproporcionado difícil de justificar.

Los datos sobre litigios por presunta negligencia no pueden extrapolarse de modo automático de unos países a otros, en función de las comunicaciones escritas, ya que existen notables diferencias entre ellos en el sistema de organización sanitaria, los sistemas judiciales y la consideración de la población hacia los profesionales sanitarios. De ahí la importancia de los estudios locales, cuyas conclusiones pueden tener una aplicación inmediata.

El número de reclamaciones que finalizó en nuestro estudio con una sentencia judicial condenatoria para el médico, con la obligación del pago de una indemnización económica, fue pequeño (5,8%), ya que la política seguida por la comisión que decide la actitud a adoptar en cada caso es favorable a adoptar acuerdos extrajudiciales cuando se interpreta

que es muy probable que el juez considere que hubo una negligencia causante del daño sufrido por el paciente.

En el presente estudio los motivos de reclamación fueron diversos, como se detalla en la tabla 1, aunque los reclamantes usualmente utilizaron los términos de práctica deficiente o de negligencia médica. Interpretamos que de las 66 endoscopias que dieron lugar a una reclamación, hubo una práctica deficiente en 7 (10,3%); 3 casos de sepsis por contaminación bacteriana de un vial de propofol usado para varios pacientes consecutivos, 2 casos con sobredosis de sedación durante el procedimiento que facilitaron la aparición de un paro cardíaco en un caso y de un infarto agudo de miocardio en otro, y 2 caídas de la camilla en el mismo gabinete de endoscopia, probablemente por falta de vigilancia después de un procedimiento en el que se utilizó sedación.

En otros 6 casos (8,8%) hubo demora en el reconocimiento de la complicación; peritonitis después de una colonoscopia en 4, de una CPRE en uno, y de una mediastinitis en otro después de una gastroscopia. Un paciente efectuó un desplazamiento de 230 km desde el hospital de Barcelona donde se efectuó la CPRE y el hospital donde estaba ingresado, al que llegó con una peritonitis biliar. En 4 pacientes los signos de peritonitis o de mediastinitis fueron poco expresivos en las primeras horas. En el último paciente, con una clínica más florida, no se localizó al endoscopista que había efectuado la exploración, perdiéndose así un tiempo importante para efectuar el diagnóstico de perforación colónica.

La vigilancia del paciente después de una exploración invasiva es esencial. El endoscopista, o alguien en quien delegue, debe estar en condiciones de visitar al paciente que se queja después una exploración con riesgo potencial de presentar complicaciones en las 12 h siguientes. Esto es particularmente conveniente cuando el examen se efectúa en un medio no hospitalario que carece de personal asistencial bien entrenado las 24 h del día. Las endoscopias efectuadas en centros no hospitalarios comportaron un riesgo más elevado de reclamación que las efectuadas en hospitales, donde el número de exámenes efectuados es muchísimo mayor.

En 3 (4,4%) casos el paciente adujo que no había recibido información sobre los riesgos del procedimiento -una colonoscopia que causó una perforación- y por tanto no tuvo la opción de decidir si aceptaba o no someterse a la misma. En la documentación clínica de ninguno de estos pacientes existía el documento de consentimiento informado, lo cual invalidaba la argumentación del médico de haber informado oralmente al paciente. Parece indiscutible que debe obtenerse del paciente el documento de CI, que da garantía de que el paciente fue informado y actúa como un mecanismo de protección del médico en caso de reclamación⁹. Su ausencia inclina al juez hacia una sentencia condenatoria a no ser que exista en la historia clínica anotación acerca de que se dio la información de los riesgos y posibles complicaciones de la exploración a efectuar. Finalmente hubo un error diagnóstico en 2 (3%) pacientes. En la exploración endoscópica no se identificó un cáncer de esófago y otro de colon, respectivamente.

El resultado de muerte del paciente por alguna complicación de la endoscopia no determinó un mayor riesgo de condena o de acuerdo extrajudicial, sino que éste estuvo más en relación con una práctica negligente en opinión del juez o de la Comisión de RP del CCMC o de un daño

desproporcionado aun en casos sin negligencia. De los 19 casos de pacientes fallecidos, se llegó a un acuerdo extrajudicial o hubo condena en el 20%, mientras que de los no fallecidos esto sucedió en el 32% de los casos.

Significativa es la estrecha relación existente entre la reincidencia y el número de condenas que reciben estos médicos reincidentes. Aquellos que fueron objeto de más de una reclamación sufrieron un alarmante mayor índice de condenas o determinaron mayor número de acuerdos extrajudiciales. De ello se deduce que, en muchas ocasiones, recibir una reclamación no induce al médico a extremar las precauciones en aras a evitarlas.

De este análisis se puede deducir que muchas de las reclamaciones, especialmente en aquellas que comportan una indemnización económica, podrían ser evitadas si se cumplieran las siguientes recomendaciones, cuyo incumplimiento ha sido la causa de la mayoría de las complicaciones o que han representado una condena judicial o un acuerdo extrajudicial.

- Información adecuada del riesgo que implica la exploración invasiva que se va efectuar, documentando mediante el documento de consentimiento informado que esta información ha sido dada. En su defecto, anotación en la historia clínica del proceso informativo.
- Extremar el cuidado durante la exploración, especialmente en las que se requiere sedación previa, ajustando las dosis a la situación del paciente y vigilando la movilidad de este al finalizar la exploración.
- Vigilancia en las horas que siguen a cualquier procedimiento invasivo para evitar la demora en la identificación de una complicación y el tratamiento de la misma.
- Extremar el rigor en la indicación de las exploraciones diagnósticas, evitando hacerlas cuando se puede utilizar un procedimiento menos invasivo o de menor riesgo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Agradecemos al Dr. Antoni Castells, Director del Institut de Malalties Digestives i Metabòliques, Hospital Clínic de Barcelona, sus valiosos comentarios al texto del manuscrito.

Bibliografía

1. Neale G. Reducing risks in gastroenterological practice. *Gut*. 1998;42:139–42.
2. Cotton PB. Analysis of 59 ERCP lawsuits; mainly about indications. *Gastrointest Endosc*. 2006;63:378–82.
3. Studdert DM, Mello LM, Gawande AA, Gandhi TK, Kachalia A, Yoon C, et al. Claims, errors, and compensation payments in medical malpractice litigation. *New Engl J Med*. 2006;354:2024–33.
4. Gerstenberger PD. Malpractice in gastrointestinal endoscopy. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 1995;5:375–89.
5. Hiyama T, Yoshihara M, Tanaka S, Chayama K. Trend in Japanese malpractice litigation involving gastrointestinal endoscopy. *Am J Gastroenterol*. 2009;104:251–2.
6. Sasao S, Hiyama T, Tanaka S, Mukai S, Yoshihara M, Chayama K. Medical malpractice litigation in gastrointestinal practice in Japan: a 22-year review of civil court cases. *Am J Gastroenterol*. 2006;101:1951–3.
7. Hiyama T, Tanaka S, Yoshibara M, Chayama K. Medical malpractice litigation associated with digestive endoscopy. *Gastroenterol Endosc*, 2006; 46: 911-8.
8. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *To err is human: building a safer health system*. Washington DC: National Academy Press; 2000.
9. Gerstenberger PD, Plumen PA. Malpractice claims in gastrointestinal endoscopy: analysis of an insuring industry data base. *Gastrointest Endosc*. 1993;39:132–8.
10. Tap R, Adamsen S, Hart-Hansen O, Henriksen M. Severe and fatal complications after diagnostic and therapeutic ERCP: A prospective series of claims to insurance covering public hospital. *Endoscopy*. 1999;31:125–30.